

様式第 1 2 号（第 1 4 条関係）

|                        |               |  |  |                     |                    |   |       |  |
|------------------------|---------------|--|--|---------------------|--------------------|---|-------|--|
| 国民健康保険一部負担金            |               |  |  |                     | 減 額<br>免 除<br>徴収猶予 |   | 申 請 書 |  |
| 被 保 険 者                | 記 号           |  |  |                     | 番 号                |   |       |  |
| 療 養 の 給 付<br>を 受 け る 者 | 氏 名           |  |  |                     | 生年月日               |   |       |  |
|                        | 個人番号          |  |  |                     | 世帯主との続柄            |   |       |  |
| 傷 病 名                  |               |  |  | 治 療 （ 見 込 ） 期 間     |                    | 間 |       |  |
| 発病又は傷病<br>年 月 日        | 年 月 日         |  |  | 医 療 費 所 用 （ 見 込 ） 額 |                    | 円 |       |  |
| 減 額<br>免 除<br>徴 収 猶 予  | 割合 割<br>期間 ヶ月 |  |  | 事 由                 |                    |   |       |  |
| 上記のとおり申請します。           |               |  |  |                     |                    |   |       |  |
| 年 月 日                  |               |  |  |                     |                    |   |       |  |
| 和 光 市 長 様              |               |  |  |                     |                    |   |       |  |
| 世帯主                    |               |  |  |                     |                    |   |       |  |
| 住 所                    |               |  |  |                     |                    |   |       |  |
| 氏 名                    |               |  |  |                     |                    |   |       |  |
| 個人番号                   |               |  |  |                     |                    |   |       |  |
| 電話番号                   |               |  |  |                     |                    |   |       |  |